

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

388

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Saad-Eddine ZMERLI

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 7 Janvier 1930, à TUNIS (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le 23 Mai 1960

**SUR LE TRAITEMENT
DU CANCER RENAL DE L'ADULTE
A PROPOS DE 53 OBSERVATIONS**

Président : Monsieur R. COUVELAIRE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8. Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI^e

1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1960

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Saad-Eddine ZMERLI

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 7 Janvier 1930 à TUNIS
(Tunisie)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le 23 Mai 1960

-:-

SUR LE TRAITEMENT DU CANCER RENAL DE L'ADULTE
A PROPOS DE 53 OBSERVATIONS

-:-

Président : Monsieur R. COUVELAIRE (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1962





Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), QUENU (J), RICHEL (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR Jean VERNE

2e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

I^o - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.F)
	{ SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène et médecine préventive	JCANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

MM.

Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique gé- nérales	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	{ BINET (L)
	{ BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obste- tricale	LEPAGE (F)
	{ DOGNON (A)
Physique médicale	{ DJOURNO (A)
	DESGREZ (H)
Radiologie médicale	
Technique chirurgicale et Chirur- gie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie médicale	{ DESGREZ (F)
	{ POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Parasitologie	BRUMPT (L.C)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirur- gicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
(Cochin	LEGER (L)
Cliniques chi- (Hôtel-Dieu	PATEL (J)
rurgicales (Pitié	CORDIER (G)
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	SICARD (A)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédi- que et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (I)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire (Broussais)	F. de GAUDART d'ALLAINES

Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
(Boucicaut	LENEGRE (J)
(Broussais	SOULIE (P)
(Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médi- (Cochin	BROUET (G)
cales (Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
(Lariboisière	SEZE (S.de)
(Pitié	DREYFUS (G)
(Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obs- (Baudelocque	LACOMME (M)
tétricales (Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)

MM.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent- de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie mé- dicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (E)
Clinique thérapeutique chirur- gicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirur- gicales	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(BOUR (H)
	(LHERMITTE (F)
	(PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL (C)
	(GOUINAUD (C)
	(GILLOT (C)
	(OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle pr.s.ch.
	(ABELANET (R)
	(BUSSER (F)

MM.

Pathologie chirurgicale

(NATALI (J)
(PELLERIN (D)
(PERROTIN (J)
(ROBERT (H)
(THOMERET (G)

Pathologie exotique

(SCHNEIDER (J)
(BENHAMOU (J.P)
(BERTHAUX (P)
(BOIVIN (P)
(CROSNIER (J)

Pathologie expérimentale

(HARTMANN (L)
(LOEPER (J)
(MAURICE (J)
(MIKOL (Cl)
(RICHTER (G)

(AUSSANNAIRE (M)
(BOUVIER (J)
(BOUVRAIN (Y)
(BRICAIRE (H)
(BRISSAUD (H)
(BROCARD (H)
(BUGE (A)

Pathologie médicale

(CATINAT (J)
(CHRETIEN (J)
(COBLENTZ (B)
(CONTAMIN (E)
(COURY (C)
(ETIENNE (J.P)
(FREZAL (J)
(FRITEL (D)
(HENNEQUET (A)
(HIMBERT (J)
(HOUSSET (E)
(LAROCHE (Cl)
(LESOBRE (R)
(MACREZ (C)
(MOREAU (L)
(NICK(J)
(ROYER (P)
(TOURNEUR (R)
(WOLFROMM (R)

Pédiatrie-Puériculture

(JOSEPH (R)
(LAFOURCADE (J)
(LEPERCQ (G)
(MANDE (R)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	{ MOZZICONACCI (P)
	{ POLONOVSKI (C)
	{ ROSSIER (A)
	{ VIALATTE (J)
Pharmacologie	{ BOISSIER (J)
	{ LECHAT (P)
	{ BARRES (G)
	{ DEJOURS (P)
	{ DURAND (J)
Physiologie	{ GIRARD m.conf.
	{ EUGELIN (A)
	{ SCHERRER (J)
	{ CHANTEUR (J)
	{ GOUGEROT (L)m.conf.
	{ pr.s.ch.
Physique médicale	{ GREMY (F.)m.conf.
	{ MILHAUD (G)
	{ PELLERIN (P)
	{ ROUCAYROL (J.Cl)
	{ TUBIANA (M) m.conf.
	{ KREIS (B)
Pneumo phtisiologie	{ MEYER (A)
	{ RENAULT (P)
Psychiatrie	{ PICHOT (P)
	{ DENIKER (P)
Psychiatrie infantile	{ DUCHE (D)
	{ FLAVIGNY (H)
	{ LAPRESLE (J)
Rhumatologie	{ DELBARRE (F)
	{ CERNEA (P)
Stomatologie	{ CHAPUT (Mme A.)m.c.ag
	{ GRELIET (M)
	{ CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	{ LAMOTTE (M)
	{ MARCHE (J)
	{ AUVERT (J)
Urologie	{ MOULONGUET (A)
	{ QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBÈYRE (J)

	MM.
Pathologie chirurgicale	(NATALI (J) PELLERIN (D) PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	(SCHNEIDER (J) BENHAMOU (J.P) BERTHAUX (P) BOIVIN (P) CROSNIER (J) HARTMANN (L) LOEPER (J) MAURICE (J) MIKOL (Cl) RICHTT (G)
Pathologie expérimentale	(AUSSANNAIRE (M) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BICAIRE (H) BRISSAUD (H) BROCARD (H) BUGE (A) CATINAT (J) CHRSTIEN (J) COBLENTZ (B) CONTAMIN (F) COURY (C) ETIENNE (J.P) FREZAL (J) FRITEL (D) HENNEQUET (A) HIMBERT (J) HOUSSET (E) LAROCHÉ (Cl) LESOBRE (R) MACREZ (C) MORFAU (L) NICK(J) ROYER (P) TOURNEUR (R) WOLFROMM (R)
Pathologie médicale	(JOSEPH (R) LAFOURCADE (J) LEPERCQ (G) MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	{ MOZZICONACCI (P)
	{ POLONOVSKI (C)
	{ ROSSIER (A)
	{ VIALATTE (J)
Pharmacologie	{ BOISSIER (J)
	{ LECHAT (P)
	{ BARRES (G)
	{ DEJOURS (P)
Physiologie	{ DURAND (J)
	{ GIRARD m.conf.
	{ HUGELIN (A)
	{ SCHERRER (J)
	{ CHANTEUR (J)
	{ GOUGEROT (L)m.conf.
	{ pr.s.ch.
Physique médicale	{ GREMY (F.)m.conf.
	{ MILHAUD (G)
	{ PELLERIN (P)
	{ ROUCAYROL (J.Cl)
	{ TUBIANA (M) m.conf.
Pneumo phthisiologie	{ KREIS (B)
	{ MEYER (A)
Psychiatrie	{ RENAULT (P)
	{ PICHOT (P)
	{ DENIKER (P)
Psychiatrie infantile	{ DUCHE (D)
	{ FLAVIGNY (H)
	{ LAPRESLE (J)
Rhumatologie	{ DELBARRE (F)
	{ CERNEA (P)
Stomatologie	{ CHAPUT (Mme A.)m.c.a.
	{ GRELLET (M)
	{ CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	{ LAMOTTE (M)
	{ MARCHE (J)
	{ AUVERT (J)
Urologie	{ MOULONGUET (A)
	{ QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)

III.

Clinique chirurgicale	{ ABOULKER (P)
	{ AMELINE (A) pr.s.ch.
	{ VERNE (J.M)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M)
	{ RAMBERT (P)
	{ THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J)
	{ MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P)
	{ OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique	MADURC (R)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUM (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROI (P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE { BOLTANSKI (E) ET UNIVERSITAIRE { LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bi- bliothèque	} M.le Docteur HAHN (A)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	
	Mlle DUMAITRE (P)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J), FORGET (F)
	{ Mlles LAURENT (R), Le NOIR (G)
	{ QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 decembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les disser-
tations qui lui seront présentées, doivent être considé-
rées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS.



A Mon Maître,

Monsieur le Professeur R. COUVELAIRE,

Professeur de Pathologie Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Chirurgien de l'Hôpital Necker,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse, m'en a
inspiré le sujet et m'a
éclairé de ses précieux
conseils.

En témoignage de mon admiration et de mon respectueux attachement.

Au Docteur J. AUVERT,
Chirurgien-Assistant,

Qui a bien voulu me faire
profiter de son expérience.

En témoignage de mon
amicale reconnaissance.

Au Professeur Agrégé NEZELOF,

Grâce à qui la partie
anatomo-pathologique de
cette étude a pu être
menée à bien.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux,

Externat,

Professeur GOSSET,
Professeur DEPARIS,
Professeur Agrégé A. MEYER,
Professeur FUNCK-BRENTANO,
Docteur LAPORTE.

Internat,

Docteur BANZET,
Professeur Agrégé J.L. LORTAT-JACOB
Professeur REDON,
Docteur L. MICHON,
Docteur A. MOUCHET,
Professeur LAURENCE,
Professeur MATHEY,
Professeur R. COUVELAIRE.

A mes autres Maîtres dans les Hôpitaux,

Professeur Agrégé BINET,
Professeur Agrégé DEBEYRE,
Docteur DUFOUR,
Docteur DELINOTTE,
Docteur GALEY,

Chirurgiens des Hôpitaux.

Aux Docteurs

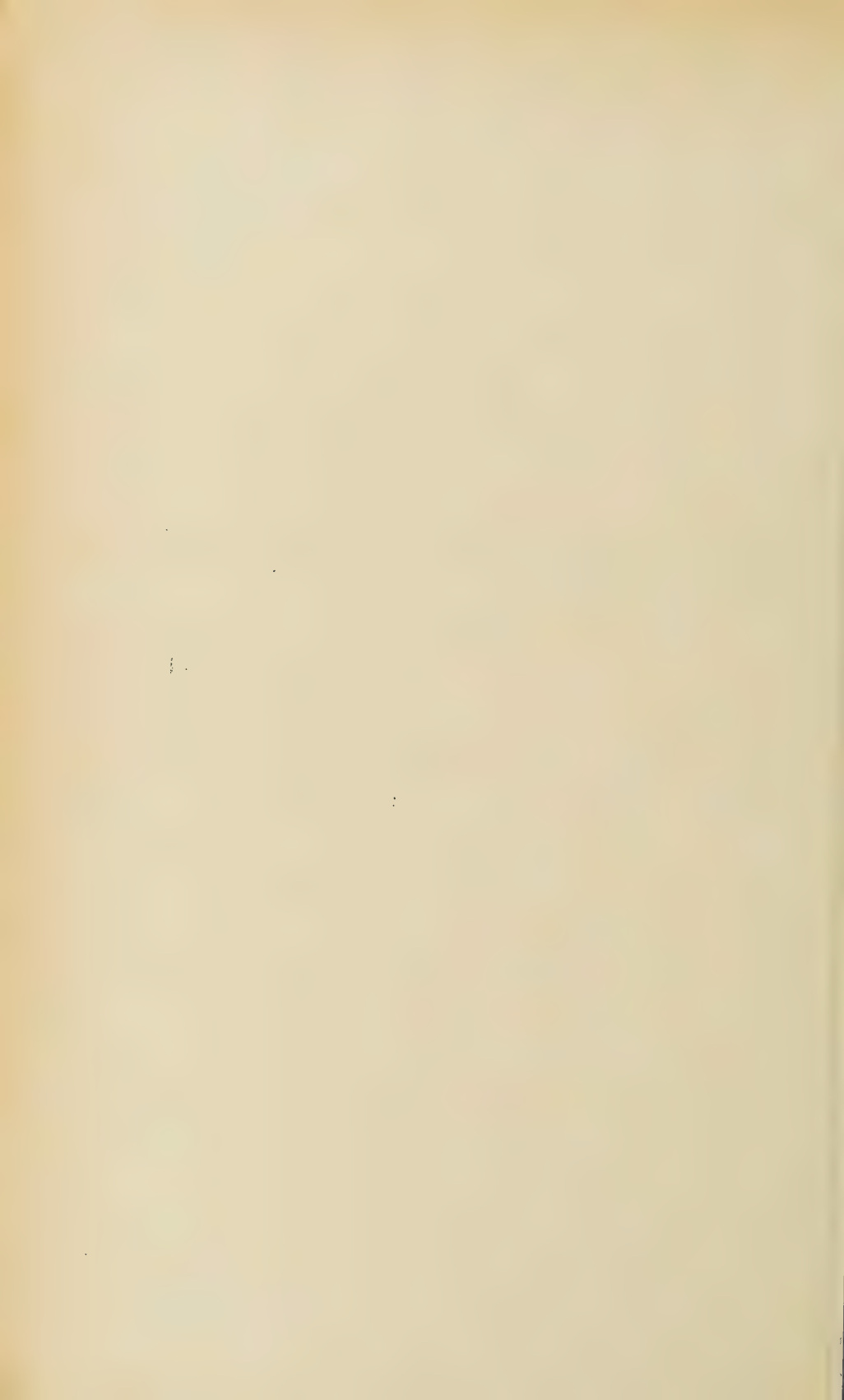
MAILLARD,
RICHARD,
MARQUAND,
BOURREAU,
AUVERT,
MAGDER,
IRIS.

A mes Collègues,

A mes Amis.

SUR LE TRAITEMENT DU CANCER RENAL DE L'ADULTE
A PROPOS DE 53 OBSERVATIONS

-:-:-



INTRODUCTION

-:-

Les résultats des néphrectomies accomplies pour tumeurs épithéliales malignes du parenchyme rénal chez l'adulte constituent l'objet de cette étude.

53 néphrectomies ont été faites dans le service du Professeur R. COUVELAIRE entre janvier 1952 et janvier 1958. Tous les cas ont donc un recul minimum de deux ans.

25 de nos malades ont été suivis plus de cinq ans.

Le plan adopté est le suivant :

- anatomo-pathologie des tumeurs épithéliales malignes du parenchyme rénal
- résumé des observations
- pronostic général des épithéliomas du rein
- pronostic en fonction du type histologique
- pronostic en fonction du stade anatomique,
- enfin un dernier chapitre est consacré à l'étude de la mortalité opératoire et post-opératoire et à l'étude des métastases apparaissant après l'intervention.

-:-



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

-:-

LA CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE

des tumeurs épithéliales du parenchyme du rein a longtemps été dominée par la théorie de GRAWITZ (Vizchouw's Archiv en 1883).

Depuis le mémoire de GRAWITZ, il était classique de distinguer en matière de tumeurs épithéliales du rein :

- d'une part, les tumeurs dont la structure rappelait l'épithélium des tubes urinifères, justifiant pour certains le terme de néphro-épithéliome
- d'autre part, les tumeurs dont la structure rappelait l'épithélium surrénal et c'est ainsi que naquit le terme d'hypernéphrome.

GRAWITZ séparait donc les épithéliomas de souche rénale des épithéliomas de souche surrénale qui se développeraient selon lui, aux dépens d'inclusions embryonnaires du tissu cortico-surrénalien, sous la capsule propre du rein.

Des travaux récents ont réfuté un à un tous les arguments de GRAWITZ en faveur de l'origine surrénalienne de "l'hypernéphrome" et ont apporté des preuves décisives en faveur de l'origine rénale de l'ensemble de ces tumeurs.

Actuellement, la classification histologique des épithéliomas du rein permet de distinguer :

- les épithéliomas ou carcinomes différenciés
- les épithéliomas ou carcinomes indifférenciés.

Les épithéliomas ou carcinomes différenciés du rein

Certains ont une structure tubulaire :

- ils sont formés de tubes néoplasiques dont la taille est voisine de celle des tubes contournés du rein sain.
- leur revêtement est :
 - tantôt formé de petites cellules cubiques basses, à protoplasme basophile,
 - tantôt de cellules plus hautes, cylindriques à protoplasme granuleux éosinophile,
 - tantôt de cellules claires.

D'autres ont une structure papillaire :

- Ce sont des tumeurs formées d'un nombre variable de cavités kystiques, dans lesquelles flottent des formations villeuses régulièrement arborescentes, coupées sous les incidences les plus diverses.
- Elles sont constituées par un axe conjonctif plus ou moins épais, contenant des vaisseaux et revêtu de cellules,
 - qui tantôt sont de petites cellules basophiles,
 - tantôt de grosses cellules éosinophiles,
 - fréquemment s'associant à ces dernières, des cellules claires.

La présence de formations kystiques papil-

laïres dans les épithéliomas tubulaires, celles de tubes dans les épithéliomas à structure papillaire montrent que ces deux formes sont unies par une étroite parenté ; au surplus il existe des épithéliomas dans lesquels ces deux types de formation se rencontrent en proportion à peu près égale. Ce sont les formes tubulo-papillaires.

Les épithéliomas ou carcinomes indifférenciés du rein

S'opposent aux précédents par leur structure compacte, solide, souvent irrégulière et anarchique. Une bonne partie des épithéliomas à cellules claires appartient à ce chapitre. Leur aspect histologique est très variable et bien souvent remanié par des territoires de nécrose et d'hémorragie ; compte tenu des artéfacts provoqués par ces accidents, on peut y reconnaître deux types : un type alvéolaire, et un type trabéculaire.

Dans le type alvéolaire, la tumeur est constituée :

par des cordons cellulaires, qui à la coupe, se présentent sous forme d'alvéoles entourées d'une mince gaine conjonctive et composées par des cellules polygonales par pression réciproque.

Les cellules sont le plus souvent des cellules claires. La clarté et l'aspect végétal des cellules tumorales sont liés à une surcharge cytoplasmique en graisses, neutre et en glycogène. Les substances sont très facilement solubles dans les fixateurs aqueux et dans les alcools et toluène servant à la confection des coupes. Leur disparition ne laisse que le cadre cellulaire et

le noyau, donnant à la cellule tumorale son aspect clair si remarquable, et permettant ainsi sur une métastase, de deviner très aisément leur origine rénale.

Mais souvent aussi, on trouve dans ces alvéoles néoplasiques des cellules éosinophiles à protoplasme granuleux compact.

Dans le type trabéculaire, la structure est totalement différente :

Les cellules tumorales sont groupées en cordon ou en travées irrégulières et habituellement courtes.

Il s'en faut de beaucoup que tous les épithélioma puissent entrer dans ces deux catégories. Nombre d'entre eux participent à la fois des deux formes précitées. Ce sont les formes dites intermédiaires ou mieux polymorphes.

- Parfois les deux types différenciés et indifférenciés sont répartis en territoires différents ; certains nodules ont une structure papillaire ou tubulaire, d'autres une structure alvéolaire.

- Souvent les formations tubulaires ou papillaires se continuent par transitions insensibles en formations de type indifférencié.

La stroma-réaction de l'ensemble de ces tumeurs est le plus souvent remarquable par son extrême vascularisation. Celle-ci est assurée par un riche réseau de capillaires qui possèdent des rapports de contiguité très étroite avec les noyaux tumoraux. Des lacs veineux, irréguliers sont également souvent

observés. Il est en outre relativement fréquent d'observer des zones de nécrose , des territoires hémorragiques et des amas de cristaux d'acides gras nés de la nécrose des cellules tumorales chargées de graisse.

L'examen anatomo-pathologique révèle assez souvent des images indéniables d'envahissement veineux. Parfois même de véritables bourgeons tumoraux sont visibles dans la veine rénale principale.

En résumé, les épithéliomas ou carcinomes rénaux sont comme la plupart des tumeurs, classés suivant leur plus ou moins grande différenciation structurale. Les modifications cellulaires, les affinités tinctoriales du cytoplasme paraissent n'avoir aucune spécificité et être liées à des perturbations métaboliques dont nous ignorons l'origine.

Nous distinguerons donc dans les observations qui suivront :

- les épithéliomas ou carcinomes différenciés,
- les formes indifférenciées ou anaplasiques.

o

o o

ANATOMIE CHIRURGICALE DES CANCERS DU REIN

-:-

L'étude macroscopique des cancers du rein, leur mode de propagation présentent un intérêt pratique considérable.

MACROSCOPIE

Topographie initiale :

- Elle est très variable et tient sous son étroite dépendance les difficultés ou les facilités du diagnostic clinique et radiologique.

- La tumeur est par ordre de fréquence décroissante :

- polaire supérieure, polaire inférieure, moyenne, périphérique, centrale.

L'aspect à la coupe permet de distinguer les formes nodulaires, infiltrées et géodiques :

- La forme nodulaire est habituelle,

- tantôt, le nodule est petit, régulier d'apparence rassurante par sa limitation voire par son encapsulement ;

- tantôt, le nodule est volumineux et la tumeur appréciable, c'est la forme nodulaire massive.

- La forme infiltrée décrite par ROKITANSKI

truffe le rein de nodules cancéreux de taille inégale. Cet aspect est voisin de certaines formes nodulaires qui s'accompagnent d'une infiltration secondaire du rein par de petits noyaux et de petites trainées néoplasiques.

- La forme géodique est d'un grand intérêt opératoire. La tumeur, à l'aspect d'un kyste hématique, siège généralement au pôle inférieur, parfois appendu à l'organe au point d'en sembler indépendant.

En réalité, il s'agit non pas d'un vrai kyste mais d'un néoplasme dont le centre a été détruit par la nécrose et l'hémorragie.

La teinte de toutes ces tumeurs frappe. Elles sont parfois violet sombre ou bien grenat, ou encore chamois, ou jaune soufre éclatant, ocre ou même terre de Sienne.

Leur vascularisation extrême varie avec leur ischémie possible. Certaines hémorragies intra-tumorales en s'organisant donnent naissance à des géodes.

D'autres s'infiltrant de sels calcaires visibles à la radiographie et dont l'interprétation erronée serait fâcheuse.

LE MODE DE PROPAGATION

L'extension loco-régionale :

de son noyau originel, le cancer se développe excentriquement, envahissant ici le tissu rénal, le refoulant ailleurs.

- En dehors, la capsule rénale limite l'évolution de la tumeur dans l'organe même.

Mais tôt ou tard la capsule rénale est envahie et la tumeur maligne ne manque pas de modifier profondément l'atmosphère cellulo-graisseuse périrénale. Celle-ci devient plus dense, scléro-lipomateuse par endroits, toujours sillonnée de gros cordons veineux dilatés, pleins de thrombi (cellules tumorales). C'est prévoir déjà la nécessité d'extirper avec le rein cette gangue menacée et parfois truffée de véritables nodules metastatiques.

Les organes voisins, foie, côlon, duodénum sont plus souvent accolés qu'infiltrés.

La capsule surrénale est rarement envahie directement par contiguité, son atteinte n'est le plus souvent qu'une métastase.

- En dedans, l'extension de la tumeur va entraîner

- des modifications de forme des cavités excrétrices. Celles-ci seront plus ou moins rapidement atteintes selon le siège initial de la tumeur.

Atteignant un calice, le nodule cancéreux diminue sa lumière et peut soit l'étirer, soit abolir sa capacité.

Lorsque la voie excrétrice est turaudée, envahie par la tumeur, il en résulte un aspect irrégulier, déchiqueté, du nodule pyélocaliciel et parfois même une image lacunaire lorsqu'un prolongement cancéreux flotte dans la voie excrétrice.

Les formes nodulaires partielles pendant longtemps laissent indemnes calices et bassinet.

La tumeur massive, les formes infiltrées altèrent de façon quasi constante la morphologie pyélocalicielle et devient l'uretère lorsqu'elles siègent au pôle inférieur.

- Les vaisseaux :

Les veines rénales que leur minceur rend propice à la perforation et à l'envahissement par les bourgeons cancéreux sont rapidement envahies par le néoplasme. La veine rénale est parfois le siège d'une thrombose. Celle-ci explique dans un certain nombre de cas, la dilatation considérable du système veineux de l'atmosphère périrénale des voies capsulaires et spermatiques.

La thrombose n'est qu'un simple conglomérat fibrino-globulaire ou bien elle est de nature néoplasique.

Ce bourgeon qui flotte dans la veine rénale est parfois d'une impressionnante longueur et peut atteindre par l'intermédiaire de la veine cave inférieure, le coeur droit. Le thrombus est d'une friabilité extrême d'où le danger d'embolie au cours de manipulations opératoires.

- Le système lymphatique est rarement et tardivement envahi. Les adénopathies cancéreuses siègent profondément le long des gros vaisseaux (aorte, veine cave inférieure) dans le méso-urétéro-lombaire, lame cellulo-lymphatique sous-pédiculaire qui contient les vaisseaux spermatiques.

Si, comme l'a montré R. GREGOIRE, il n'y a pas habituellement de ganglion au niveau du hile rénal, il peut cependant exister à ce niveau des relais lymphatiques à extir-

per au cours de la néphrectomie pour cancer.

L'EXTENSION A DISTANCE

L'affinité évolutive du cancer du rein pour le système veineux explique aisément la fréquence des métastases. Les cellules néoplasiques suivent le courant sanguin veineux jusqu'au coeur droit.

Elles essaient alors vers la petite circulation et trouvent dans le poumon de fréquentes possibilités de développement du point que certains considèrent la métastase pulmonaire comme première et constante, sinon toujours décelable, dans tout cancer du rein métastatique.

A partir de la circulation pulmonaire, les cellules encore libres peuvent gagner le coeur gauche et être lancées dans la grande circulation, ce qui leur permet d'atteindre n'importe quel organe.

A l'appui de cette assertion vient le fait que l'on trouve à l'autopsie des malades morts de métastases multiples, des métastases myocardiques et en particulier ventriculaires gauches, témoins probables de cette étape de leur migration. Un mécanisme différent a cependant été invoqué, pour les métastases atteignant les lobes pulmonaires inférieurs, la voie lymphatique. Cette conception paraît difficilement conciliable avec l'anatomie des lymphatiques sous-diaphragmatiques qui, s'ils peuvent traverser le diaphragme, ne franchissent pas la cavité pleurale.

Les métastases sont par ordre de fréquence décroissante :

- pulmonaires
- osseuses
- hépatiques
- cérébrales, surrenaliennes, péritonéales, rénales (rein opposé), cutanées.

L'analyse de nos observations nous montre que la propagation locale et la diffusion métastatique sont liées dans le temps.

Or, comme le pronostic en dépend étroitement, il nous a paru indispensable d'établir par une classification anatomique, cette corrélation.

Nous nous sommes basés sur l'excellente classification proposée par PETKOVIC, en y apportant notre contribution.

Ainsi, les tumeurs rénales peuvent être divisées en quatre stades.

Au stade I, la tumeur est unique, de moins de 4 cm de diamètre, limitée en totalité par une capsule propre bien clivable du parenchyme rénal sous-capsulaire (capsule rénale) ne s'accompagnant d'aucun envahissement ni local, ni à distance.

En règle, seule la forme nodulaire partielle, bien encapsulée figure au stade I.

Le stade II, est encore caractérisé par la localisation strictement rénale, sous-capsulaire de la tumeur.

Mais celle-ci est de taille et de volume plus grands, plus de 4 cm de diamètre.

La limitation de la tumeur est en règle incomplète.

La tumeur peut être unique
ou multiple.

Figurent donc au stade II :

- la tumeur nodulaire massive
- la tumeur multinodulaire
- la tumeur infiltrante, localisée, qui se caractérise par l'absence presque totale de capsule propre.

Le stade III est caractérisé par l'envahissement loco-régional.

La tumeur a dépassé le rein et envahit la capsule rénale et le péri-rein, le pédicule rénal, les ganglions lymphatiques. L'une de ces trois atteintes suffit à classer la tumeur dans le stade III.

Stade IV : L'existence d'une métastase cliniquement décelable fait classer la tumeur au stade IV, et ceci quel que soit son aspect local.

RESUME DES OBSERVATIONS

-:-

Obs. n° Dossier n° (1)	Age et Sexe (2)	signe révélateur (3)	METASTASES		EVOLUTION		
					décès		vivants après néphrect. (8)
			type (4)	découvert. (5)	après néphrec. (6)	durée tot. évolution (7)	
Obs. 1 D. 61	H. 62	hématurie			10 jours		
Obs. 2 D. 112	H. 53	lombalgies			5 mois	17 mois	
Obs. 3 D. 125	F. 46	hématurie	osseuse	avant Tt	6 h.après interven.		

Obs.n° Dossier n° (1)	ANATOMIE MACROSCOPIQUE (9)	HISTOLOGIE (10)
Obs. 1 D. 61	- T. pôle inf. du rein G. - sous-capsulaire - stade II	- épithélioma à cellules claires indifférencié
Obs. 2 D. 112	- T. nodulaires multiples du pôle sup. du rein droit - sous-capsulaire - avec envahissement ganglionnaire - stade III	- épithélioma à cellules basophiles et claires indifférencié
Obs. 3 D. 125	- T. multi-nodulaires du rein D. - entourés de capsule fibreuse - sous-capsulaire - avec bourgeon dans la veine rénale - stade IV	- épithélioma à cellules basophiles papillaires

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Obs. 4 D. 184	F. 61	hématurie					7 ans 8 mois
Obs. 5 D. 421	H. 57	lombalgies	osseuse pulm.	avant Tt	1 an 2 mois	2 ans et 8 mois	
Obs. 6 D 486	H. 66	tumeur			7 mois	1 an et 7 mois	
Obs. 7 D. 490	H. 67	hématurie	diffuse	3 ans apr. trait.	3 ans et 4 mois	4 ans et 6 mois	
Obs. 8 D. 630	H. 67	hématurie					7 ans et un mois

(1)	(9)	(10)
Obs. 4 D. 184	- T. nodulaire polaire supérieure - limitée par capsule fibreuse - sous-capsulaire - stade I	- épithélioma à cellules claires papillaire et indifférencié
Obs. 5 D. 421	- T. polaire inf. 10 cm de diamètre - mal limitée - sous-capsulaire - avec infiltration du pédicule rénal - stade IV	- épithélioma à cellules éosinophi- les indifférencié
Obs. 6 D. 486	- Enorme tumeur de plus de 10 cm de diamètre avec de fortes adh- rences - Stade III	- épithélioma à cellules claires indifférencié
Obs. 7 D. 490	- T. multinodulaire infiltrant tout le rein - mal limitée - avec atteinte de la capsule ré- nale - stade III	- épithélioma à cellules claires polymorphe, indifférencié et tubulaire
Obs. 8 D. 630	- T. nodulaire polaire supérieure - avec bourgeon dans le bassinnet - stade II	- épithélioma à cellules claires indifférencié

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Obs. 9	H. 26	hématurie					7 ans
Obs. 10 D. 865	F. 67	hématurie					6 ans et 9 mois
Obs. 11 D. 928	F. 56	hématurie					5 ans et 7 mois
Obs. 12 D. 1.124	H. 74	hématurie			12 jours anurie post-op.	1 an	
Obs. 13 D. 1.261	H. 53	fièvre			2 mois	8 mois	

(1)	(9)	(10)
Obs. 9	- Saillie globuleuse ayant l'aspect d'un anthrax (obs.reproduite plus loin) - stade I	- épithélioma à cellules claires et basophiles tubulo-papillaire
Obs. 10 D. 865	- T.nodulaire du pôle sup.rein G. - 2 cm de diamètre - mal limitée - sous-capsulaire - stade II	- épithélioma à cellules éosinophiles à différenciation papillaire
Obs. 11 D. 928	- T.nodulaire polaire inf.rein D. - plus de 5 cm de diamètre - mal limitée - sous-capsulaire - stade II	- épithélioma à cellules claires indifférencié
Obs. 12 D. 1.124	- T.infiltrante de tout le pôle inf. du rein G. - mal limitée - sous-capsulaire - stade II	- épithélioma à cellules basophiles indifférencié
Obs. 13 D. 1.261	- Enorme T. de tout le rein G. - ayant débordé la capsule - avec infiltration du pédicule - stade III	- épithélioma à cellules claires indifférencié, papillaire et tubulaire par endroit

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Obs. 14 D.l.296	H. 59	hématurie					6 ans et 2 mois
Obs. 15 D.l.315	H. 47	hématurie					6 ans et 2 mois
Obs. 16 D.l.353	H. 65	hématurie	diffu- ses pulm.	5 ans apr. traitement	5 ans et 4 mois	6 ans et 4 mois	
Obs. 17 D.l.396	F. 53	hématurie					6 ans
Obs. 18 D.l.565	H. 60	hématurie					5 ans 8 mois

(1)	(9)	(10)
Obs. 14 D.1296	- T.nodulaire polaire sup.rein D. - de plus de 5 cm de diamètre - sous-capsulaire - stade II	- épithélioma à cellules claires indifférencié
Obs. 15 D.1.315	- T.nodulaire polaire inf.rein D. - sous-capsulaire - stade II	- épithélioma à cellules claires indifférencié
Obs. 16 D.1.353	- T.nodulaire massive rein D. - mal limitée - fortes adhérences périrénales - stade III	- épithélioma à cellules claires indifférencié
Obs. 17 D.1.396	- T.nodulaire polaire sup.rein D. - sous-capsulaire - avec bourgeon dans veine rénale et V.C.I - stade III	- épithélioma à cellules claires tubulaire avec envahissement veine rénale
Obs. 18 D.1.565	- T.partie moyenne du rein D. - stade II	- épithélioma à cellules acidophiles tubulo-papillaire

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Obs.19	H. 52	hématurie			5 ans 20 jours	5 ans 6 mois	
Obs.20 D.1.587	H. 54	hématurie					5 ans 9 mois
Obs.21 D.1.673	H. 49	hématurie	osseuse	avant Tt	1 mois $\frac{1}{2}$		
Obs.22 D.1.737	H. 68	hématurie			1 an	1 an 6 mois	
Obs.23 D.1.956	H. 58	hématurie			2 ans 5 mois		

(1)	(9)	(10)
Obs. 19	- T.infiltrante des 2/3 sup. du rein G. - sous-capsulaire - stade II	- épithélioma à cellules claires indifférencié
Obs. 20 D.1.587	- T.nodulaire du rein D. - sous-capsulaire - stade I	- épithélioma à cellules claires et basophiles différencié papillaire
Obs. 21 D.1.673	- T.multi-nodulaire du rein D. avec infiltration du pédicule rénal et V.C.I - stade IV	- épithélioma à cellules éosinophiles tubulo-papillaire
Obs. 22 D.1.737	- T.du pôle inférieur du rein D. - stade II	- épithélioma à cellules éosinophiles papillaire et tubulaire par endroit
Obs. 23 D.1.956	- T.nodulaire massive polaire inf.rein D. - mal limitée - avec envahissement ganglion. - stade III	- épithélioma à cellules claires indifférencié

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Obs.24 D.2.015	H. 50	hématurie			6 jours		
Obs.25 D.2.159	H. 73	hématurie					5 ans
Obs.26 D.2.211	H. 18	hématurie					4 ans
Obs.27 D.2.370	F. 39	tumeur	pulm.	2 mois ap. traitement	1 an 9 mois	2 ans 9 mois	

(1)	(9)	(10)
Obs. 24 D.2.015	- T.végétante de tout le pôle sup. rein D. - mal limitée - envahissement ganglionnaire - stade III	- épithélioma à cellules basophiles papillaire
Obs. 25 D.2.159	- T. pôle inférieur - stade II	- épithélioma à cellules basophiles papillaire
Obs. 26 D.2.211	- T.nodulaire polaire sup.rein D. - de plus de 5 cm de diamètre - stade II	- épithélioma mixte à cellules claires indifférencié et à cellules basophiles papillaire
Obs. 27 D.2.370	- T.massive de plus de 10 cm diam. - mal limitée - ayant dépassé la capsule - avec bourgeon ds veine rénale - stade III	- épithélioma à cellules éosinophiles et basophiles tubulopapillaire

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Obs. 28 D. 2.551	H. 44	hématurie			1 mois	2 ans	
Obs. 29 D. 2.606	H. 57	tumeur	pulm.	avant Tt	1 jour		
Obs. 30 D. 2.668	F. 61	hématurie			6 heures		
Obs. 31 D. 2.527	H. 77	hématurie			2 ans 8 mois		

(1)	(9)	(10)
Obs.28 D.2.551	- T.polaire sup. du rein G. - de plus de 8 cm de diamètre - mal limitée - ayant débordé la capsule - avec induration de la V.C. - stade III	- épithélioma à cellules éosinophiles tubulo-papillaire (petites plages indifférenciées à cellules claires 1/10)
Obs.29 D.2.606	- T.massive polaire sup.rein G. - de 10 cm de diamètre - mal limitée - ayant dépassé la capsule - stade IV	- épithélioma à cellules claires et éosinophiles indifférencié tubulo-papillaire en certains points
Obs.30 D.2.668	- Cancer total du rein D. - 15 cm de diamètre - sans limitation - débordant la capsule - adhérent aux plans profonds - stade III	- épithélioma à cellules claires tubulo-papillaire
Obs.31 D.2.527	- T.multinodulaire du pôle inf.rein - dont la masse principale a 8 cm de diamètre - mal limitée - débordant la capsule - stade III	- épithélioma à cellules claires et éosinophiles indifférencié

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Obs. 32 D.2.162	H. 49	tumeur	pulm. récidive	1 mois ap. trait.	2 mois	3 ans	
Obs. 33 D.2.455	H. 52	douleurs	pulmon.	un an ap. trait.	perdu de vue		
Obs. 34 D.2.645	F. 58	fièvre					4 ans 3 mois
Obs. 35 D.2.706	F. 69	hématurie					4 ans 1 mois
Obs. 36 D.2.795	F. 65	hématurie	osseuse	4 ans ap. Tt			4 ans

(1)	(9)	(10)
Obs. 32 D.2.162	- Rein pyonéphrotique et adhérent - stade III	- épithélioma à cellules éosinophiles papillaire
Obs. 33 D.2.455	- T.polaire inf. rein G. - stade II	- épithélioma à cellules claires indifférencié
Obs. 34 D.2.645	- T.multinodulaires - mal limitée - sous-capsulaire avec bourgeon dans veine rénale et V.C.I. - stade III	- épithélioma à cellules basophiles tubulo-papillaire
Obs. 35 D.2.706	- T.nodulaire pôle inf.rein D. - limitée, 4 cm de diamètre - sous-capsulaire - stade II	- épithélioma à cellules claires indifférencié
Obs. 36 D.2.795	- T. de 9 cm de diamètre débordant la capsule - stade III	- épithélioma à cellules claires indifférencié

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Obs. 37 D. 3.252	F. 69	hématurie			14 mois		
Obs. 38 D. 3.307	H. 62	hématurie	foie poumon périt.	2 ans ap. traitement	2 ans 5 mois		
Obs. 39 D. 3.377	H. 54	hématurie			3 jours	1 an et 3 mois	
Obs. 40 D. 3.403	H. 53	hématurie			2 mois	1 an et 1 mois	

(1)	(9)	(10)
Obs. 37 D.3.252	- T.massive occupant les 2/3 inf. du rein G. - sous-capsulaire - 1 gros ganglion latéro-aortique - stade II	- épithélioma à cellules claires indifférencié par endroit tubulaire
Obs. 38 D.3.307	- T. bourgeonnante - mal limitée - nodule cancéreux partie inf. du bord externe du rein - stade III	- épithélioma à cellules claires et éosinophiles indifférencié fortement remanié par nécrose
Obs. 39 D.3.377	- T.fait de plusieurs nodules con- - tigus, mal limitée - ayant débordé la capsule rénale - infiltration grasse périrénale - stade III	- épithélioma à cellules claires indifférencié
Obs. 40 D.3.403	- T.nodulaire de 6 cm de diamètre - mal limitée - n'ayant pas débordé la capsule - stade II	- épithélioma à cellules claires bien différencié tubulaire

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Obs.41 D.3.429	F. 74	hématurie douleur					3 ans et 3 mois
Obs.42 D.3.451	H. 55	hématurie			perdu de vue		
Obs.43 D.3.616	F. 42	douleur tumeur	pulmon. cérébr.	1 an ap. Tt 2 ans ap. Tt	2 ans 6 mois		
Obs.44 D.3.628	H. 44	hématurie			6 mois		
Obs.45	F. 62	tumeur			24 heures		

(1)	(9)	(10)
Obs.41 D.3.429	-T.nodulaire partie moyenne rein G. - 4 à 5 cm de diamètre - bien limitée - sous-capsulaire - stade I	- épithélioma tubulo-papillaire à cellules éosinophiles et à cellules claires en certains points - vastes zones d'hémorragie
Obs.42 D.3.451	- Cancer volumineux rein droit - infiltration du pédicule rénal - adénopathie pré-cave - stade III	- épithélioma à cellules claires indifférencié avec envahiss. gangl. et veine rénale
Obs.43 D.3.616	- Cancer volumineux du rein D. - mal limité - sous-capsulaire - stade II	- épithélioma tubulo-papillaire à cellules basophiles et éosino.
Obs.44 D.3.628	- C.R.O. incomplet	- épithélioma à cellules claires indifférencié
Obs.45	- Enorme T. polaire inf.rein D. - mal limitée - ayant dépassé la capsule - stade .III	- epithélioma à cellules claires tubulo-papillaire indifférencié

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Obs.46 D.5.047	H. 65	hématurie douleurs	pulmon.	1 an ap. Tt	18 mois	1 an 8 mois	
Obs.47 D.5.097	H. 86	hématurie			42 jours	3 ans	
Obs.48 D.5.193	H. 69	douleurs			3 mois	3 ans 3 mois	
Obs.49 D.5.297	F. 55	hématurie					2 ans et 5 mois

(1)	(9)	(10)
Obs. 46 D. 5.047	- gros cancer partie moyenne rein D. - infiltr. de la graisse périrénale - stade III	- épithélioma à cellules claires et éosino. papillaire, indifférencié 50 p.cent
Obs. 47 D.5.097	- tumeur nodulaire - limitée - sous-capsulaire - stade I	- épithélioma tubulaire à cellules basophiles - zones de nécroses
Obs. 48 D.5.193	- gros rein truffé de tumeurs - métastases intra-rénales multiples - mal limitées - ganglion dur envahi - stade III	- epithelioma à cellules basophiles tubulo-papillaire - nodule aberrant présente structure tumorale analogue
Obs. 49 D.5.297	- tumeur nodulaire polaire inf.rein D - sous-capsulaire - bien limitée - stade I	- adénocarcinome à cellules claires indifférencié

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Obs. 50 D.5.293	H. 53	hématurie					2 ans et 1 mois
Obs. 51 D.5.464	H. 62	hématurie					2 ans
Obs. 52 D.5.263	H. 58	hématurie					2 ans
Obs. 53 D.5.546	H. 52	hématurie					2 ans

(1)	(9)	(10)
Obs. 50 D.5.293	- cancer plurifocal pratiquement tot. - métastases intrarénales - sous-capsulaire - stade II	- épithélioma à cellules claires indifférencié 50 p.cent tubulaire et glandulaire 50 p.cent
Obs. 51 D.5.464	- grosse tumeur bosselée 4 cm diam. - sous-capsulaire - grosse veine rénale envahie	- épithélioma à cellules claires avec envahissement du pédicule indifférencié
Obs. 52 D.5.263	- T.polaire inférieure - volume d'une orange + de 5 cm - bien limitée - stade II	- adénocarcinome à cellules claires - épithélioma à cellules claires indifférencié bien limité histologiquement
Obs. 53 D.5.546	- T.pôle inf. 8 cm/5 cm - sous-capsulaire - un bourgeon néoplasique sur le bassinnet - artère rénale envahie - stade III	- épithélioma à cellules claires avec envahissement de l'artère rénale

PRONOSTIC GENERAL

-:-

De janvier 1952 à janvier 1958, 53 malades ont été opérés pour épithélioma du parenchyme rénal.

Nous disposons par conséquent pour tous ces cas, d'un recul minimum de 2 ans.

Dans cette série de 53 malades, 25 ont été opérés antérieurement à janvier 1955. Pour ces 25 opérés, nous avons donc un recul de 5 ans.

SURVIE DE PLUS DE DEUX ANS

Sur 53 malades opérés, 28 étaient vivants deux ans après l'intervention.

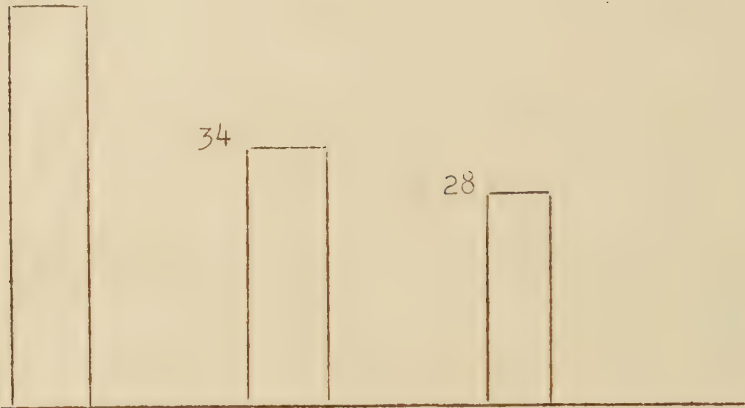
Nous avons tenu pour décédés :

- Mr P... observation 53
- Mr C... observation 42, tous deux perdus de vue

Le pourcentage de survie de plus de deux ans est donc de 53 p.cent.

Opérés

53



34

28

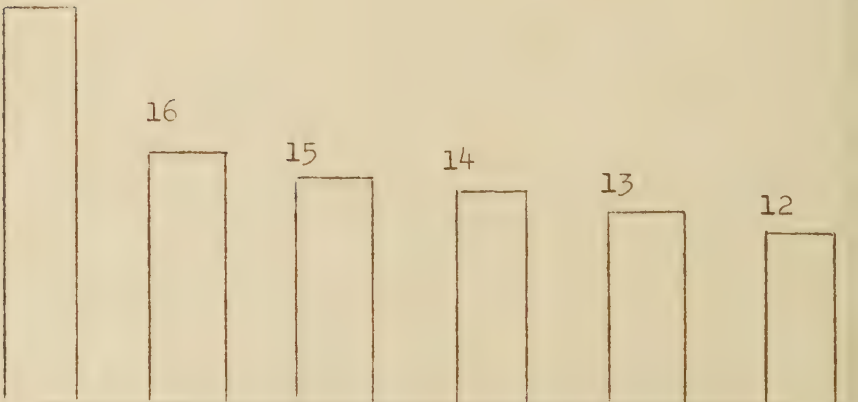
Vivants après 1 an

2 ans

SURVIE DE PLUS DE CINQ ANS

25 malades ont été opérés avant janvier 1955.

25



16

15

14

13

12

Vivants
après

1 an

2 ans

3 ans

4 ans

5 ans

12 malades ont survécu plus de cinq ans :

- 11 sont actuellement en vie
- 1 est décédé au cours de la 6e année (obs.16).

Ce qui donne un chiffre de 48 p.cent de survie de plus de cinq ans.

COMPARAISON AVEC D'AUTRES STATISTIQUES

Auteurs	Dates	Nombre de cas suivis + de 5 ans	survie de 5 ans
PRIESTLEY	1939	357	38 %
MELICOW	1943	20	50 %
FOOT	1949	37	41 %
CIBERT	1950	66	39 %
THROCKMORTON	1955	22	36 %
FLOKS et KADESKY	1957	137	41 %
Notre statistique		25	48 %

De l'étude globale des 53 néphrectomies pour cancer, il ressort un certain nombre de points.

- En premier lieu, le pourcentage élevé des décès au cours de la 1ère année.

19 malades sur 53 sont décédés la 1ère année. Ce qui donne un chiffre de 35 p.cent de mortalité au cours de la 1ère année.

Les chiffres avancés par ADAMS, MELICOW, DEMING, DICK, DUFF, dépassent toujours 30 p.cent de mortalité au cours de la 1ère année.

- La mortalité baisse considérablement ensuite. Référons-nous au tableau de la page 62.

Sur 25 malades suivis plus de 5 ans, 9 sont morts la 1ère année, alors qu'entre la 2ème et la 6ème année 4 morts sont seulement à déplorer.

DONNEES DU PRONOSTIC GENERAL

Ainsi sur 100 malades opérés pour épithélioma du rein, on pourrait prévoir :

- 35 décès dans l'année succédant à la néphrectomie,
- 20 décès au cours de la 2ème, 3ème, 4ème et 5ème année après la néphrectomie ;
- 45 opérés dépasseraient le cap des 5 ans après la néphrectomie.

RESULTATS SELON LE TYPE HISTOLOGIQUE

-:-

Les 53 tumeurs étudiées se répartissent en :

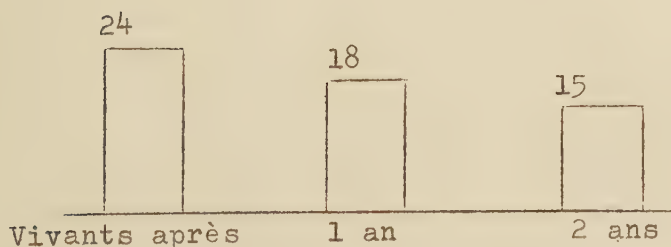
- 24 épithéliomas ou carcinomes indifférenciés
- 20 épithéliomas ou carcinomes différenciés
- 9 épithéliomas ou carcinomes intermédiaires ou mieux polymorphes

Nous allons chercher le pronostic de chacun de ces types.

PRONOSTIC DES FORMES INDIFFERENCIEES

- Survie de plus de deux ans :

Sur 24 malades, 15 ont survécu deux ans après la néphrectomie.



- Nous avons tenu pour décédés :

- . Mr P... obs. 33, perdu de vue la 2ème
année,
obs. 42, sans réponse.

Le pronostic de survie de plus de deux
ans est de 60 p.cent.

- Survie de plus de cinq ans :

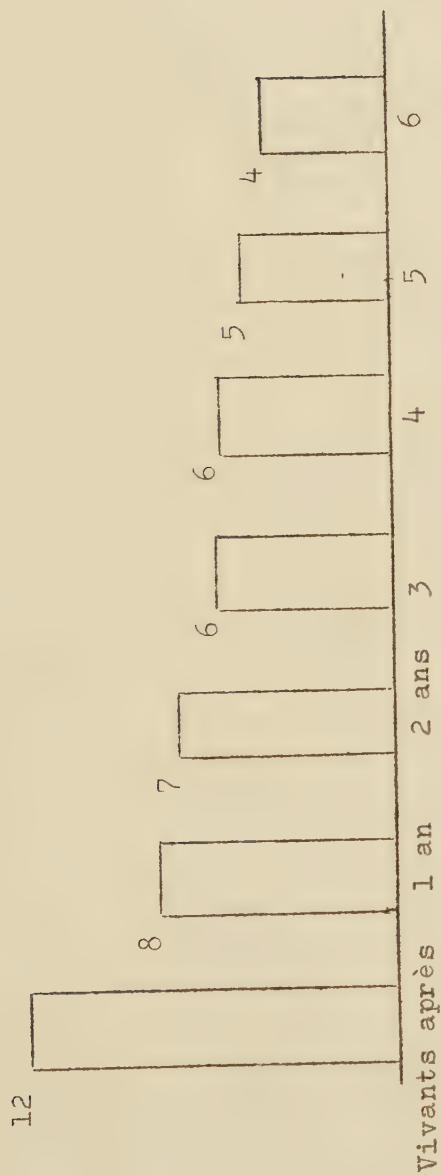
Sur 12 malades, 5 ont dépassé le cap
des 5 ans : 40 pour cent.

Sur ces 5 malades :

4 sont actuellement vivants,

1 est décédé au cours de la sixième année
après sa néphrectomie, de métastases dif-
fuses (observation 16).

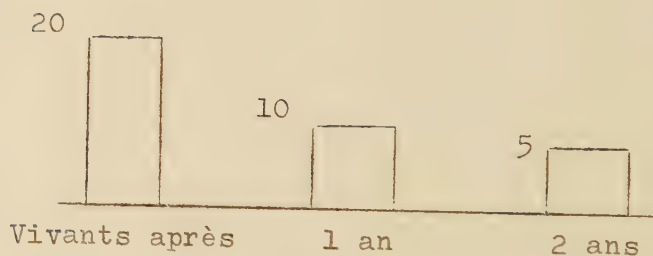
(Voir Tableau page 67)



PRONOSTIC DES FORMES DIFFERENCIEES

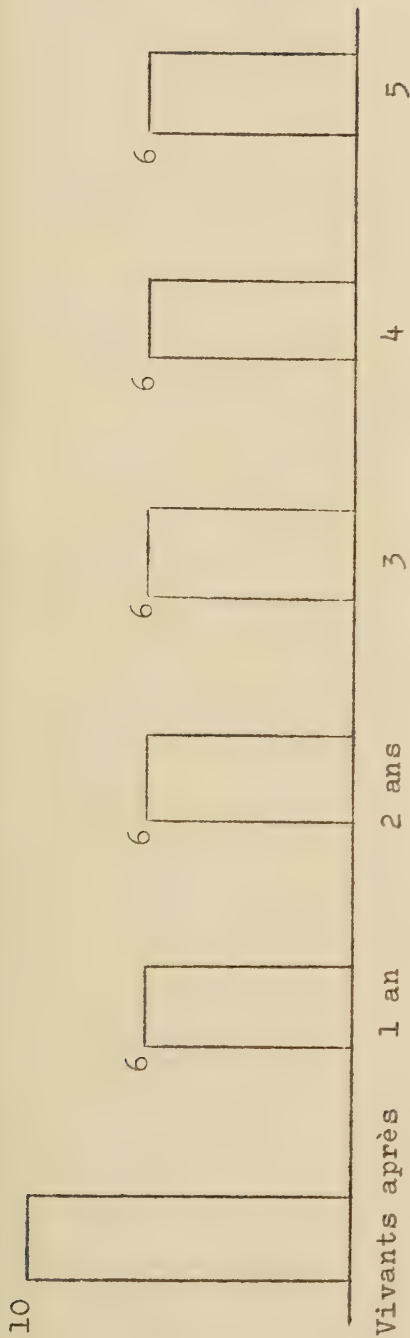
- Survie de plus de deux ans :

20 malades entrent dans ce cadre,
9 ont survécu plus de deux ans : 45 pour
cent



- Survie après cinq ans :

10 malades ont été suivis depuis plus de
5 ans.



Sur les dix malades suivis depuis plus de cinq ans :

4 morts sont à déplorer dans la seule première année
 6 ont dépassé le cap des cinq ans
 Tous sont actuellement en vie : 60 pour cent.

PRONOSTIC DES FORMES INTERMEDIAIRES OU
POLYMORPHES

9 de nos malades présentaient histologiquement un épithéliome intermédiaire ou polymorphe.

Sur ces 9 cas,

- 4 ont survécu deux ans à leur néphrectomie :
45 p.cent de survie de 2 ans,
3 malades seulement ont été suivis plus de 5 ans :
- l'un est vivant et ceci depuis plus de 7 ans et 8 mois (obs.4)
 - le 2ème est décédé 2 mois après sa néphrectomie (obs. 13)
 - le 3ème est décédé 3 ans et 4 mois après sa néphrectomie (obs.7)

Le tableau suivant permet de comparer les résultats éloignés selon le type histologique de la tumeur.

25 malades ont été suivis plus de 5 ans
12 sont des épithéliomas indifférenciés
10 sont des épithéliomas différenciés
3 sont des formes intermédiaires ou polymorphes.

	Indiffé- renciés	Diffé- renciés	Polymor- phes
nombre de mala- des	12	10	3
survie de plus de 5 ans	5	6	1
actuellement vi- vants	4	6	1
pourcentage de malades actuelle- ment vivants	33 %	60 %	33 %

Il apparaît que ce sont les formes histologiques bien différenciées qui assurent les survies les plus fréquentes et les plus durables.

BRODERS a classé les tumeurs rénales en 4 degrés selon leur différenciation :

- Degré I : 75 à 100 p.cent des cellules sont bien différenciées
- Degré II : 50 à 75 p.cent des cellules sont bien différenciées
- Degré III: 25 à 50 p.cent des cellules sont bien différenciées
- Degré IV : 0 à 25 p.cent des cellules sont bien différenciées.

HAND tenant compte de la classification de BRODERS, en étudiant 195 cas, a montré que la survie moyenne décroît du degré I, 101 mois, au degré IV, 22 mois.

RICHERS établit trois degrés :

- les tumeurs bien différenciées
- les tumeurs légèrement différenciées
- les tumeurs totalement indifférenciées

Ses résultats se résument ainsi :

	nombre de malades	survie de plus de 5 ans
Degré I	24	17 71 %
Degré II	18	7 39 %
Degré III	12	3 25 %

Nos observations ne nous ont pas permis d'avancer des conclusions aussi tranchées que celles de BRODERS et RICHES.

Ainsi les formes différenciées jouissent d'un meilleur pronostic que les formes indifférenciées.

Nous n'avons pu établir de différence de pronostic notable dans le groupe des tumeurs différenciées, entre

les formes tubulaires	3 cas
les formes tubulo-papillaires	10 cas
les formes papillaires	7 cas

PRONOSTIC ET RESULTATS DE LA NEPHRECTOMIE SUIVANT LE STADE ANATOMIQUE DE LA TUMEUR

-:-

Nos 53 cas ont été classés selon les quatre stades proposés.

La répartition est la suivante :

- 6 cas correspondent au stade I
- 18 cas correspondent au stade II
- 24 cas correspondent au stade III
- 4 cas correspondent au stade IV
- 1 cas (obs.44) n'a pu être classé, le compte-rendu macroscopique était incomplet.

	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Nombre de cas	6	18	24	4
Décès dans la 1ère année	1	4	10	3
" 2ème année		1	2	1
" 3ème année		1	3	
" 4ème année			1	
" 5ème année		1		
" 6ème année			1	
sans contrôle			2(42,33)	
vivants actuelle- ment	5	11	5	0

ANALYSE DES CAS SELON LA
CLASSIFICATION ANATOMIQUE

-:-

AU STADE I FIGURENT SIX OBSERVATIONS

Si le nombre peu élevé de ces cas nous dispense d'avancer un chiffre pronostique, on ne peut s'empêcher de remarquer que 5 malades sur 6 sont actuellement en vie.

- Mme S... Angèle, 7 ans 8 mois après l'intervention (D.184, obs.4)
- Mr B... Gilbert, 7 ans après l'intervention (D.738, obs.9)
- Mr P... Henry, 5 ans 8 mois après l'intervention (D.1587, obs.20)
- Mme S... Marie, 3 ans 3 mois après l'intervention (D.3429, obs. 41)
- Mr L... Roger, 2 ans après l'intervention (D.5263, obs. 52)

Le seul décès observé est celui de Mr M... A..., (D.5097, obs.47). Décès survenu 12 jours après l'intervention, le malade était âgé de 86 ans.

Les cinq premiers malades ont été revus au cours de ces 3 derniers mois. Aucun d'entre eux ne présentait de métastases pulmonaires ou osseuses. Tous avaient repris leur activité normale.

Sur les six malades, cinq ont subi une néphrectomie et dans tous les cas la néphrec-

tomie a été facile.

Seul, Mr B... Gilbert (D.738, obs.9) n'a subi qu'une simple énucléation. La singularité de l'observation nous invite à la mentionner intégralement.

Gilbert S... cultivateur, âgé de 26 ans est hospitalisé le 2 février 1953 pour hématuries et coliques néphrétiques gauches à répétition. Première hématurie en 1949 et colique néphrétique gauche huit jours plus tard. Deuxième hématurie en 1951.

Troisième hématurie en août 1952, assez abondante pour provoquer une rétention d'urine transitoire.

Depuis décembre 1952, les hématuries sont quotidiennes et les douleurs lombaires (côté gauche) fréquentes.

Antécédents : furonculose en 1947 et en 1952.

Examen : état général parfait

Examen clinique, sans particularités :

- fosse lombaire libre mais sensible
- urée sanguine 0,27
- urines, pus sans germe.

Urographie : rein droit normal, rein gauche porteur de deux calcifications et d'une image tumorale évidente (large empreinte, écartelant deux calices).

Le diagnostic hésite : cancer du rein, kyste rénal, anthrax rénal. L'âge du sujet et l'antécédent de staphylococcie cutanée récidivante conduisent à préférer ce dernier diagnostic.

Le 6 février 1953, lombotomie gauche ex-

ploratrice (opérateur : R. COUVELAIRE). Aucune périnéphrite et aucune hypervascularisation. A sa partie moyenne le bord convexe du rein est soulevé par une saillie globuleuse parsemée de points jaunes d'aspect furonculaire. La certitude d'anthrax rénal semble acquise. Incision circulaire de la base de la saillie pour soulever son couvercle. Sous une mince couche de tissu rénal tassé apparaît une cavité bourrée d'énormes bourbillons. Ils sont extraits et conservés. Le fond de la cavité semble une membrane pellucide. Elle est effondrée et donne issue vers un calice. Drain de Malécot n°16 dans le calice. Mèche dans la cavité intra-rénale. Lame ondulée dans le péri-rein.

Suites opératoires immédiates simples.

Trois jours plus tard, le résultat histologique des "bourbillons" et du "couvercle" stupéfie : épithélioma papillaire du rein.

Voici le compte-rendu de Mme le Docteur CROS-DECAM :

"Tumeur en grande partie necrosée, limitée par une coque fibreuse. Dans les zones où le tissu néoplasique est bien conservé, on observe une série de cavités contenant des papilles bordées soit par une rangée de cellules cubiques, soit par des cellules cylindriques, soit par des cellules "claires". En certains points, il existe une multistratification et les cellules deviennent polygonales par pression réciproque et s'ordonnent en plages compactes. Les anomalies nucléaires y sont assez fréquentes. En conclusion, il s'agit d'un épithélioma à type rénal de structure tubulo-papillaire.

Le 12 février, ablation de la mèche, suintement sanguin notable et persistant.

Le 16, le 18 et le 20 février instillation d'huile de podophylline dans la cavité rénale.

Le 22 février, ablation de la sonde de néphrostomie. Guérison opératoire.

Le diagnostic histologiquement acquis, devons-nous suivant la règle, exécuter sans plus tarder une néphro-urétérectomie totale dans l'espoir de réparer les conséquences d'une erreur ?

Cette formule, apparemment la plus sage fut bien près d'être adoptée.

Cependant, la parfaite limitation de la lésion, le "curettage" rigoureux de la cavité tumorale, le jeune âge du sujet invitèrent au sursis.

Des contrôles urographiques effectués à intervalles réguliers n'ont montré aucune récurrence jusqu'à ce jour. Pas de métastases pulmonaires, pas de métastases osseuses.

AU STADE II CORRESPONDENT 18 OBSERVATIONS

Le nombre de malades néphrectomisés et vivant actuellement laisse présager du pronostic, de ces tumeurs encore strictement localisées du rein.

En effet, sur 18 cas :

13 malades ont survécu 2 ans à leur intervention, ce qui donne un pourcentage de

de 72 p.cent de survie de plus de deux ans.

11 malades ont été opérés antérieurement à janvier 1955 et sur ces 11 cas,

7 ont dépassé le cap des 5 ans dont 6 sont actuellement en vie.

Le pourcentage des survies de plus de 5 ans est, à ce stade, encore élevé puisqu'il dépasse 60 p.cent.

Ainsi, pour cette série de 18 malades, nous avons à déplorer 7 morts :

- 4 malades sont décédés au cours de la 1ère année dont 2 en post-opératoire. Nous envisagerons la mortalité post-opératoire dans un autre chapitre.

- 1 malade est mort au cours de la 2ème année, nous n'avons pu préciser la cause du décès (obs. 37)

- 1 malade est mort au cours de la 3ème année (obs. 43) de diffusions métastatiques après avoir présenté successivement une métastase pulmonaire et une métastase cérébrale.

- 1 malade est mort la 5ème année (obs. 19) d'insuffisance rénale.

Les 11 malades vivants ont été revus, ils ne présentaient pas lors de leur dernier examen de métastases cliniquement décelables.

POUR LE STADE III NOUS DISPOSONS DE
24 OBSERVATIONS

La simple lecture du tableau nous montre que le pronostic est deux fois moins favorable qu'au stade II.

En effet, sur 24 malades néphrectomisés :

9 ont survécu plus de 2 ans, ce qui donne un pourcentage de survie de plus de deux ans de 40 p.cent ;

8 malades ont été suivis depuis plus de 5 ans.

2 ont dépassé le cap des 5 ans :

- 1 est actuellement en vie : obs.17,

Germaine M....

- le second est décédé 5 ans et 4 mois après sa néphrectomie. Il s'agissait de Mr Pierre B... (obs.16, D.1353). Il avait été hospitalisé le 8.1.56 à l'âge de 65 ans pour hématuries, lombalgies droites depuis un an.

La néphrectomie a été faite le 13.1.53.

Protocole opératoire : masse bosselée supéro-interne du rein droit, faisant saillie et adhérent au péri-rein. Suites opératoires satisfaisantes.

Examen histologique : épithélioma à cellules claires, indifférencié .

En août 1955, 18 mois après la néphrectomie, apparition d'une masse pariétale à la partie inférieure de la cicatrice. Radiographie osseuse : réintervention et ablation de la tumeur le 9.8.55.

Examen histologique : cancer de type rénal à cellules claires.

Le malade a été hospitalisé en 1957 dans un service de neuro-chirurgie pour douleurs permanentes de la région iliaque droite et du membre inférieur droit. Il y a subi une cordotomie.

En novembre 1959, on découvre des métastases pulmonaires à la radiographie.

Le malade est décédé six mois plus tard.

Nous avons divisé notre série de malades correspondant au stade III selon le mode d'envahissement de la tumeur :

- envahissement des ganglions
- envahissement du pédicule rénal
- envahissement de la capsule et de l'atmosphère péri-rénale.

(voir tableau page suivante)

Il apparaît :

- que l'envahissement ganglionnaire est rare en matière de cancer rénal : en effet, nous n'en relatons que 5 cas (obs. n°2, 23, 24, 42, 48) sur 53 observations.
- que cet envahissement est probablement tardif puisqu'il accompagne en règle les tumeurs volumineuses.

Le pronostic en est très sombre. Aucune survie de plus de 3 ans n'a été constatée.

- En regard, l'envahissement du pédicule rénal n'apparaît pas aussi désastreux puisque sur 7 malades, 4 sont actuellement en vie :
- 1 depuis plus de 6 ans (Obs. 17)

	Envahiss. des gangl.	Envahiss. pédicule rénal	Envahiss. capsule et péri-rein
nombre de cas	5	7	12
décédés 1ère année	3	2	5
décédés 2ème année		1	1
décédés 3ème année	1		2
décédés 4ème année			1
décédés 5ème année			
décédés 6ème année			1
sans con- trôle	1		1
vivants	0	-1,6 ans (17) 4 -1,4 ans (34) -2,2 ans (51,23)	1,4 ans (36)

- 1 depuis plus de 4 ans (obs. 34)
- 2 depuis plus de 2 ans (obs. 51, 53)

Dans les deux derniers cas, il s'agissait d'une tumeur nodulaire de 5 à 6 cm de diamètre, sous-capsulaire avec induration du pédicule rénal et envahissement histologique de la paroi de la veine rénale.

Dans les deux premiers cas (obs. 17 et 34), la tumeur était nodulaire sous-capsulaire, mais un bourgeon néoplasique obstruait toute la veine rénale et se prolongeait dans la veine cave inférieure. Son exérèse a cependant pu être réalisée.

4 MALADES FIGURENT AU STADE IV

Tous présentaient au moment de l'intervention une métastase.

Aucune survie de 2 ans n'est notée.

Voici le résumé des 4 observations :

Fernande S... (obs. 3, D. 125), âgée de 46 ans, en mars 1952, date de son hospitalisation motivée pour hématuries, présentait une métastase osseuse : lyse des dyaphyses transversales de L2 et L3.

Protocole opératoire : néphrectomie droite élargie pour tumeur multinodulaire de tout le pôle supérieur du rein droit, entourée de capsule fibreuse, bourgeon de la veine rénale réséquée en totalité.

Décédée 6 heures après l'opération par embol néoplasique de l'artère pulmonaire.

Nécropsie : thrombose vasculaire néoplasique de la veine cave inférieure.

Histologiquement : épithélioma à cellules basophiles, papillaire.

Mr Pierre M... (obs.5, D.421), âgé de 57 ans est hospitalisé en août 1952 pour lombalgies droites. Il présentait des métastases osseuses (1ère côte) et pulmonaires.

Néphrectomie pour énorme tumeur du pôle inférieur du rein droit de plus de 10 cm de diamètre, sous-capsulaire, avec infiltration du pédicule rénal.

Histologiquement : épithélioma indifférencié à cellules claires.

Décédé 14 mois après son opération.

Mr Pierre G... (obs. 21, D.1673) 49 ans, hospitalisé au mois d'août 1954 pour hématuries et lombo-sciatique droite présentait une métastase osseuse de l'aile iliaque droite.

Tumeurs multiples du rein droit avec induration de la veine rénale et de la veine cave inférieure.

Néphrectomie palliative puisque la section du pédicule rénal a été faite en pleine zone d'induration.

Histologiquement : épithélioma à cellules éosinophiles, tubulo-papillaire.

Décédé 1 mois après son opération.

Mr François W... (obs.29, D.2606) 57 ans, hospitalisé en août 1955 pour masse lombaire

gauche ; présentait des métastases dans les deux champs pulmonaires.

Néphrectomie par voie thoraco-abdominale qui s'est accompagnée de l'ablation de la rate et de la queue du pancreas. La tumeur rénale était volumineuse, de plus de 10 cm de diamètre, ayant débordé la capsule rénale.

Décédé 24 heures après l'opération dans un syndrome d'insuffisance respiratoire.

Histologiquement : épithélioma à cellules claires et éosinophiles ,

- indifférencié
- tubulo-papillaire.

TABEAU RECAPITULATIF

	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
nombre de malades	6	18	24	4
survie de plus de 2 ans	80 %	78 %	37 %	0
survie de plus de 5 ans	80 %	63 %	20 %	0
vivants actuellement	80 %	57 %	21 %	0

MORTALITE POST-OPERATOIRE

-:-

10 malades sur 53 sont décédés dans le mois suivant leur intervention. Ce qui donne un pourcentage de 19 p.cent de mortalité post-opératoire. Comparé aux chiffres des mortalités post-opératoires des statistiques de :

- BEGIN 16 p.cent
- LOWSLEY 13 p.cent
- E.W. RICHES 8 p.cent,

celui de notre statistique peut paraître élevé. Dans cette appréciation, il convient toutefois de tenir compte de plusieurs considérations :

- en premier lieu, nous n'avons refusé à aucun malade le bénéfice de la lombotomie et de la néphrectomie lorsqu'elle est apparue possible ; nous n'avons pas sélectionné nos opérés.

Or, E.W. RICHES sur 84 malades a repoussé l'intervention dans 8 cas. Il nous est même arrivé d'opérer des tumeurs rénales jugées par d'autres inopérables et d'effectuer avec un succès durable la néphrectomie.

Observation 36, D. 2795 :

Céline L... 65 ans est opérée à l'hôpital de SENLIS pour tumeur rénale gauche. La tumeur adhérente et hémorragique est jugée

inextirpable ; seule une biopsie est faite, relevant la nature de la tumeur : épithélioma à cellules claires indifférencié.

Adressée au Professeur R. COUVELAIRE, elle est de nouveau opérée un mois après sa première intervention (14.12.55).

C.R.O. : néphrectomie gauche élargie avec ouverture du péritoine permettant de cliver le côlon gauche et de refouler en haut la rate. Grosse tumeur de 9 cm de diamètre, sans limitation, ayant débordé la capsule rénale.

A mené une vie normale pendant 4 ans. En janvier 1960 a été hospitalisée à Lariboisière pour douleurs vertébrales, et l'examen radiologique a décelé des métastases osseuses rachidiennes sur L1, L2, L3.

Cette attitude fut non seulement commandée par le souci d'appliquer le seul traitement reconnu efficace du point de vue carcinologique au plus grand nombre possible de malades, mais nous a été dicté aussi dans certains cas de façon impérative pour assurer un sauvetage d'urgence, en particulier pour hématuries incoercibles et menaçantes (néphrectomie d'hémostase). Cette tactique fut même appliquée à des malades porteurs de signes radiologiques de métastases pulmonaires.

Dans le cadre de ces indications extensives, il ressort clairement,

- de l'étude des décès post-opératoires

que la mortalité est liée au stade évolutif de la tumeur.

Tumeur	Nombre de cas	Mortalité opératoire
Stade I	6	1
Stade II	19	2
Stade III	22	5
Stade IV	4	2

Les risques opératoires sont de plusieurs types :

- ceux qui résultent du grand âge et de l'état général sont indiscutables (obs.42) ;
- le risque embolique commun à tout acte opératoire est assez élevé dans la chirurgie du cancer rénal (obs. 3 et 24) ;
- le risque hémorragique et vasculaire est enfin intéressant à considérer,
 - dans 3 cas, un collapsus cardio-vasculaire précoce fut la cause du décès (obs. 30, 39 et 45) ; il s'agissait de nephrectomies difficiles pour tumeurs volumineuses.

L'hémostase pas à pas des grosses veines superficielles, des adhérences vasculaires des troncs vasculaires principaux enfin ne va pas toujours sans s'accompagner de pertes de sang assez élevées, dans les cas où elles ne sont pas exactement compensées, le collapsus peut expliquer une hémostase apparemment satisfaisante et qui ne le sera plus en fait lorsque la masse sanguine sera rétablie par la transfusion.

L'observation de Mme B.L... (obs.30, D.2608)

montre les dangers du collapsus per-opératoire : néphrectomie droite pour tumeur rénale volumineuse perçue cliniquement. Incision transpéritonéale en équerre ; énorme tumeur de 15 cm de diamètre refoulant duodenum et côlon. Le pédicule vasculaire urétérique et péricapsulaire est très développé. Accouchement difficile de la tumeur et ligature en masse du pédicule.

Collapsus per-opératoire expliqué en partie par une hémorragie notable. L'hémostase paraît assurée cependant. Fermeture sur drain et lame.

Suites opératoires : le collapsus est remonté par perfusion intra-artérielle mais il s'ensuit une hémorragie incoercible par la plaie et les drains qui entraîne la mort en 4 heures.

Autopsie : plaie vasculaire passée inaperçue en raison du collapsus.

Le collapsus peut être retardé, il est survenu après 3 jours dans l'observation 39.

Une autre cause d'accident cardio-vasculaire doit être soulignée : le retentissement cardiaque par décompression sous-phrénique après libération et extériorisation d'une tumeur volumineuse.

°
° °

METASTASES APRES NEPHRECTOMIE

-:-

Neuf malades néphrectomisés ont présenté des métastases dont :

- 6 pulmonaires
- 1 hépatique
- 1 osseuse
- 1 cérébrale.

Ces métastases sont apparues chez des malades dont la tumeur avait été classée au stade III, exception faite pour B.R... (observation 43) qui présentait une tumeur au stade II.

Toutes les formes histologiques sont susceptibles de donner des métastases.

- Les métastases pulmonaires sont de loin les plus fréquentes :

- 5 fois sur 6 elles sont apparues au cours de la 1ère année,
- une fois seulement la métastase pulmonaire est apparue tardivement : 5 ans après la néphrectomie (obs.16, mentionnée supra).

- Une métastase osseuse est notée dans notre statistique :

Elle concerne Mme L.C... dont l'observation a déjà été rapportée.

- Une métastase cérébrale est également notée (obs.43) :

Elle est apparue 2 ans après la néphrectomie. La malade présentait un an auparavant une métastase pulmonaire traitée par la cobalto-thérapie.

La métastase cérébrale siégeait dans le lobe occipital droit. Une lobectomie a été faite. L'examen histologique confirmait son point de départ rénal. Quelques semaines après l'intervention, la malade mourait.

Ces métastases apparues après la néphrectomie se sont traduites par un pronostic fatal variant de quelques semaines à quelques mois.

De la lecture d'autres statistiques, il ressort que le pronostic de la métastase s'améliore au fur et à mesure que la néphrectomie devient plus ancienne.

A ce propos, nous reproduisons le tableau emprunté à l'article de REIGNIER sur les métastases du cancer du rein.

ancienneté de la néphrectomie	survie moyenne après l'apparition de la métastase
0 à 6 mois	10 mois
2 à 5 ans	29 mois
plus de 10 ans	36 mois

L'apparition de métastases, plusieurs années après la néphrectomie, pose un problème actuellement inexpliqué.

Apparemment, les cellules cancéreuses,

présentes dans l'organisme lors de l'ablation de la tumeur primitive, ne se multiplient pas pendant une longue période.

Elles regagnent ensuite leur pouvoir de multiplication rapide, d'invasion et de destruction. Quel facteur a conditionné cette modification et, point important, comment se conserve le potentiel de croissance et de destruction de ces îlots cellulaires pour des années et des décades ?

Ces facteurs affectent-ils initialement les cellules métastatiques au repos, les tissus environnants ou l'organisme entier ?

Tous ces faits restent une énigme.

Le problème des métastases pulmonaires résolutive mérite d'être soulevé bien que nous n'ayons observé aucun cas dans notre statistique.

Un certain nombre d'observations font état de métastases pulmonaires apparues après néphrectomie et disparues spontanément.

SAPHIR qui a étudié le devenir des embols cancéreux dans le poumon chez des malades morts de cancer, a constaté que l'embol tumoral est entouré d'un thrombus hyalin qui s'organise et qu'alors les cellules perdaient définitivement leur pouvoir de croissance. Il en conclut que le thrombus hyalin est à l'origine de l'atrophie et de l'autolyse éventuelle des cellules cancéreuses.

CONCLUSIONS

-:-

L'étude de 53 néphrectomies élargies pour épithélioma du parenchyme rénal de l'adulte nous permet d'établir les conclusions suivantes :

I - Sur le plan du pronostic global, deux faits émergent :

I°- L'imposante mortalité pendant la première année qui suit la néphrectomie : 35 p.cent.

2°- Le chiffre élevé des survies de 5 ans, puisqu'il dépasse 45 p.cent.

L'étude de nos observations et d'autres statistiques nous permet d'avancer que sur 10 malades opérés, 4 dépassent le cap des 5 ans.

II - Le pronostic des cancers du parenchyme rénal a été apprécié en fonction des données anatomo-pathologiques :

I°- Histologiquement, la différenciation des carcinomes est de meilleur augure que la dédifférenciation, ce qui s'inscrit dans la ligne pronostique générale de tous les cancers.

2°- L'examen macroscopique nous a apporté les arguments les plus probants.

L'extension de la tumeur est le facteur dominant du pronostic. 60 p.cent de survies de plus de 5 ans pour les tumeurs du stade II contre 20 p.cent pour les tumeurs du stade III.

Au stade III, une remarque nous paraît essentielle :

- l'envahissement du pédicule rénal est de pronostic moins redoutable que l'envahissement ganglionnaire pour lequel aucune survie de 3 ans n'a été enregistrée.

La diffusion métastatique semble directement liée à l'extension loco-régionale de la tumeur.

BELL, en étudiant l'anatomie des tumeurs rénales, sur table d'autopsie, a trouvé pour 45 cas, où la tumeur mesurait moins de 3 cm de diamètre, un seul cas avec métastase, cependant que, dans le groupe des tumeurs où le diamètre mesurait 10 cm et plus, il y avait des métastases dans 70 cas sur 84.

Ainsi donc, le pronostic des carcinomes du rein paraît fonction du stade anatomique de la tumeur.

III - Quels sont les espoirs d'améliorer le pronostic des tumeurs du stade III ?

- La radiothérapie conventionnelle post-opératoire est dangereuse, mal supportée et n'offre guère de survie appréciable.

- L'utilisation des accélérateurs d'énergie, type télécobalt et bétatron a permis de reconsidérer le problème de la physiothérapie en matière de cancer rénal.

Une série de six malades opérés récemment pour tumeur au stade III a bénéficié du bétatron dans les suites opératoires. Malgré le caractère récent de cette expérience, nous avons appris que le traitement physiothérapique est bien toléré par les malades, qu'il n'empêche pas la diffusion métastatique en effet, deux malades sur les six ont présenté en cours de traitement des métastases pulmonaires.

Aussi, proposons-nous comme traitement des tumeurs rénales à un stade avancé :

- une physiothérapie pré-opératoire à haute énergie, à une dose de 4.500 r, pendant 4 semaines,
- puis la néphrectomie un mois à un mois et demi après l'irradiation.

L'indication de ce traitement réservé aux malades porteurs d'une tumeur que nous présumons au stade III, ne repose donc que sur des critères :

Cliniques : l'existence d'une tumeur palpable, ou d'une température élevée,

Radiologiques : l'importance du trouble architectural pyélo-caliciel,

Biologiques : l'augmentation élevée de la vitesse de sédimentation.

Vu :
Le Président :
Signé : R. COUVELAIRE

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : J. SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ALBARRAN J. et IMBERT L.

Les tumeurs du rein.

Masson, Paris, 1903

ALLEN A.C.

The kidney. Medical and Surgical
Diseases.

Grune e Stratton - New-York, 1951

BEGOU M.

La néphrectomie pour cancer du paren-
chyme (statistique du Pavillon V, Lyon)
Journal d'Urologie : 63 : 51-53, 1957

BOUREL M.

Les résultats de la nephrectomie des
cancers du rein chez l'adulte.

Thèse Paris 1938

CAMPBELL M.

Clinical Pediatric Urology

W.B. Saunders Company - Philadelphie,
1951

BARRETT W.A. et Mc CAGUE J.

L'histopathologie dans le pronostic
des tumeurs rénales.

Journal of Urology, 71 : juin 1954

CIBERT J.

Discussion à la séance du 20 janvier
1958 de la Soc. Franc. d'Urologie

Journal d'Urologie, 64 : 82-83, 1958

CIBERT J., DURAND L. et REVOL M.

Disparition spontanée d'images de métastases pulmonaires d'un hypernéphrome opéré depuis deux ans.

Journal d'Urologie : 64 : 91-95, 1958

CIBERT J. et PERRIN J.

Urologie chirurgicale.

Editions Médicales Flammarion,
Paris 1958

COLLINS A.N.

Malignant tumors of the Kidney

Minnesota Medicine, 29 : 332-334, 1946

COUVELAIRE R.

Appareil urinaire - Appareil génital
de l'homme -

Nouveau précis de Pathologie Chirurgicale tome VI. Masson, Paris 1957

" Cancer du rein.

Encyclopédie médico-chirurg.: Rein
et Organes génito-urinaires,
Paris 1959

COUVELAIRE R. et CROS-DECAM A.

Sur le diagnostic et traitement des
épithéliomas papillaires du rein.

Journal d'Urologie, 60 : 1954

COUVELAIRE R.

Tumeurs du rein.

Atlas de Radiologie Clinique de la
Presse Médicale : fasc. 80, Masson,
Paris, 1958

COUVELAIRE R. et AUVERT J.

La ligature première du pédicule rénal
par voie lombaire dans la néphrectomie
pour cancer.

Journal d'Urologie, 60 : 924-927, 1954

COUVELAIRE R. et AUVERT J.

La phlébographie cave inférieure
dans l'exploration des tumeurs du
rein droit.

Journal d'Urologie, 62 : 21-40, 1956

de BERNE LAGARDE R.

Résultats de la néphrectomie pour
cancer chez l'adulte.

Congrès d'Urologie, Paris 1945

DICK V.S. and FLINT L.D.

The prognosis of renal tumors.
Surgical Clinics of North America,
31 : 633-643, 1951

FRUHLING L. et BLUM

Classification histologique des
cancers du rein. Fréquence respective
des différentes variétés.

Journal d'Urologie, 58 : 1952

FLOCKS R.H. et KADESKY M.C.

Malignant neoplasms of the Kidney :
an analysis of 353 patients followed
five years or more.

The journal of Urology, 79 : 196-201,
1958

FOOT N.Ch., HUMPREYS G.A. and WHITMORE W.F. Jr

The importance of accurate pathologic
classification in the prognosis of re-
nal tumors second report.

Journal of Urology 61 : 477-487 (1949)

FOOT N.Ch. and HUMPREYS G.A.

The importance of accurate pathologic
classification in the prognosis of re-
nal tumors.

Surgery 23 : 369-376, 1948

- FOOT N.Ch., HUMPREYS G.A. and WHITMORE W.F.
Renal tumours : pathology and prognosis in 295 cases.
The journal of Urology, 66 : 190-197, 1951
- GOUVERNEUR R.
Le cancer du rein chez l'adulte.
Les indications operatoires et les résultats éloignés.
Maroc Médical, 30 : 684-687, 1951
- GREGOIRE R.
Contribution au traitement du cancer du rein de l'adulte.
Thèse de Paris, 1905, Jacques Editeur
- GRIFFITHS I.H. and THACKRAY A.C.
Parenchymal carcinoma of the kidney.
British Journal of Urology 21 : 128-151, 1949
- HAND J.R. and BRODERS A.C.
Carcinoma of the kidney : the degree of malignancy in relation to factors beaving in prognosis.
Journal of Urology : 57, 669-692, 1947
- JENKINS G.D.
Regression of pulmonary metastasis following nephrectomy for hypernephroma : eight year follow-up
The journal of Urology, 82 : 37-40, 1959
- Mc DONALD J.R. and PRIESTLEY J.T.
Malignant tumors of the kidney. Surgical and prognosis significance of tumor thrombosis of the renal veins. Surgery, Gynecology a. Obstetrics, 77 : 295-306, 1943

MELIKOW M.

Journal of Urology, 51 : 33, 1944

PETKOVIC S. (Belgrade)

Les qualités anatomiques des tumeurs
rénales. Base d'une classification
et du pronostic.

Journal d'Urologie n°7-8, juillet-
août 1959

PETKOVIC S.

Urologia (Italie), 1956, 23, 125

PETKOVIC S.

Congrès de la Soc. Polonaise d'Uro-
logie, Cracovie, 1956

PETKOVIC S.

Congrès de l'Ass. Française d'Urolo-
gie, 1957

PETKOVIC S.

Journal of Urology, 1959, 81, 618

PLAUCHU M. et POTTON F.

Essai de pronostic histologique du
cancer du rein.

Lyon chirurgical, 46 : août-septem-
bre 1951

PLAUCHU M. et POTTON F.

Considérations sur 213 tumeurs réna-
les, essai de pronostic histologique

Journal d'Urologie, 56 : 533-539, 1950

PRIESTLY J.T.

Survival following removal of mali-
gnant renal neoplasma.

J.A.M.A., 113 : 902-906, 1939

REGNIER J.C.

Les métastases des cancers du rein.
Aspects cliniques. Possibilités thérapeutiques.

Journal d'Urologie, 62 : 618-645,
1956

RICHS E.W.

Factors in the prognosis of carcinoma of the kidney.

The journal of urology, 79 : 190-195,
1958

ROUFFILANGE F. et CORNU J.

Commentaires cliniques, histologiques
et pronostiques à propos de 25 observations de néoplasme rénal.

Semaine des Hôpitaux, n°8, février
1957

ROUSSY G., LEROUX R., OBERLING Ch.

Précis d'anatomie pathologique.

ROYCE R.D. et THORNEY A.R.

Les tumeurs malignes du parenchyme
rénal chez l'adulte.

Journal of Urology, juillet 1955, 74

THACKRAY A.C.

Ten year follow-up of cases of adenocarcinoma of the kidney.

Proceedings Royal Soc. Medicine, 50 :
362-368, 1957

MONETTI G.

Lo stato attuale della chirurgia dei
tumori maligni del rene.

Ed. Minerva Medica, Torino 1960

